

El problema de la fugida de l'anastomosi: antibiòtics en cirurgia colorectal

12/2007 - Medicina i Salut. Les operacions quirúrgiques colorectals (en les quals s'intervé sobre el colon, el recte o ambdós) poden presentar complicacions. Una d'aquestes complicacions és la fugida de l'anastomosi, la unió que es fa entre els extrems que han quedat oberts després de la intervenció. Aquesta fugida, que es produeix pel desenganxament de les vores de la sutura, comporta una complicació quirúrgica greu, principalment el risc d'infecció en els dies posteriors a l'operació. L'ús adequat d'antibiòtics pot reduir el risc d'aquestes infeccions postoperatòries.



Les operacions quirúrgiques colorectals poden presentar complicacions, principalment el risc d'infecció en els dies posteriors a l'operació. L'ús adequat d'antibiòtics pot reduir el risc d'aquestes infeccions postoperatòries

La finalitat de l'administració del tractament antibiòtic en la cirurgia colorectal electiva en la qual es realitza una anastomosi va encaminada a prevenir l'infecció nosocomial del lloc quirúrgic (ISQ). Segons la *Wound Infection Task Force*, la gravetat de les ISQ augmenta amb la profunditat i es poden classificar en incisional superficials (fins a la aponeurosis), incisional profundes (fins al múscul) i organocavitàries (afecten a la cavitat on estan allotjats els òrgans).

En aquest tipus d'infeccions intervé molt l'actuació quirúrgica i en elles influeixen:

- a. el grau de contaminació durant la intervenció.
- b. la durada de la intervenció per sobre de 3 hores en cirurgia colorectal.
- c. l'estat, la patologia que indica la intervenció i les patologies prèvies del pacient.

Per a la prevenció de l'ISQ que depèn de l'acte quirúrgic disposem:

- a. d'una banda, les mesures d'asèpsia, d'antisèpsia i la tècnica quirúrgica
- b. d'altra banda, la correcta preparació del pacient, tractament de la comorbiditat i la vigilància i la correcció dels paràmetres fisiològics durant tot el seguiment del pacient.
- c. finalment, l'administració de profilaxi antibiòtica, justificada per tractar-se de cirurgia neta-contaminada. S'aconsella pautar 30 minuts abans de la cirurgia, durant la inducció anestèsica, havent d'administrar dosis addicionals si la durada de la cirurgia supera en 2 vegades la vida mitjana del fàrmac administrat o si les pèrdues hemàtiques (de sang) superen els 1.500 ml. La pauta antibiòtica administrada ha de cobrir gèrmens entèrics (principalment gramnegatius i anaerobis). La tendència actual en l'ús d'antibiòtic es dirigeix cap a l'aplicació de monoteràpies, limitant antibiòtics amb possible toxicitat, les cefalosporinas per la seva capacitat per seleccionar enterobactèris amb betalactamases d'espectre estès i d'antibiòtics d'ús restringit per a gèrmens multiresistents i l'administració de antibioteràpia oral no absorbible que no ha demostrat una superioritat terapèutica.

Seguint aquestes premisses es pot disminuir al màxim la possibilitat que es presenti una ISQ, però en la cirurgia colorectal pot presentar-se una segona contaminació per la fugida de material intestinal a través de l'anastomosi, donant lloc a una ISQ profunda amb la gravetat que això suposa.

Aquest problema sol esdevenir en la primera setmana postoperatoria i les seves manifestacions clíniques poden ser les d'un procés infecció localitzat lleu (abscess- fístula) o difús i greu (peritonitis fecaloide), depenent del grau de dehiscència i d'abocament de material intestinal (femta).

És per aquest motiu que els cirurgians opten ocasionalment per mantenir l'antibiòtic administrat com a tractament a l'espera de l'evolució clínica del pacient retirant-lo quan se supera el temps de risc de tenir aquesta complicació o mantenint-lo durant més temps si es presenta clínicament, acompanyant-lo de tractament quirúrgic en els casos de mala evolució clínica.

Encara que no existeix cap escala que determini quins pacients patiran una dehiscència de sutura, i sabent que l'administració d'antibiòtics com a tractament no l'evitaran, la precocitat del tractament antibiòtic pot ajudar a reduir significativament la morbiditat del procés infecció, quedant en mans del cirurgià responsable la decisió final, així com de la necessitat i el moment de tornar a intervenir al pacient, valorant el risc benefici d'alguns tractaments innecessaris i dels potencials efectes adversos de l'ús perllongat d'antibiòtics.

Glossari mèdic:

Anastomosi: en Botànica i en Zoologia, la unió d'uns elements anatòmics amb uns altres de la mateixa planta o del mateix animal.

Antisèpsia: mètode que consisteix a combatre o prevenir els patiments infecciosos, destruint els microbis que els causen.

Aponeurosi: membrana fibrosa (formada principalment per fibres de col·lagen), que serveix per a la inserció dels músculs. Abans també es designaven amb aquest nom les cobertes musculars, especialment les més gruixudes, però actualment se solen denominar fascies.

Asèpsia: és la condició lliure de microorganismes que produeixen malalties o infeccions. El terme pot aplicar-se tant a situacions quirúrgiques com mèdiques. La pràctica de mantenir en estat asèptic una àrea es denomina tècnica asèptica.

Cirurgia colorectal: intervenció quirúrgica sobre el colon o el recte que pot implicar retirar un dels seus trams i tornar a unir els extrems que han quedat solts.

Cirurgia electiva: tota la cirurgia que no sigui d'emergència i que pugui ser demorada almenys durant 24 hores.

Comorbiditat: és l'efecte que tenen en una malaltia primària tota la resta de malalties que pugui estar sofrint el pacient en aquest moment.

Dehiscència de sutura: desenganxament dels teixits, artificialment units mitjançant sutures, per fallada tècnica que condueix a la separació de les vores de la sutura i a la fugida del contingut orgànic que tingui. Sol referir-se a les sutures de l'aparell digestiu i genitourinari i comporten una complicació quirúrgica habitualment greu.

Entèric: de l'intestí o relatiu a ell.

Infecció nosocomial: infecció hospitalària que apareix durant les primeres 48 hores després de l'ingrés, però que és secundària respecte a la condició original del pacient. És equivalent a una complicació no relacionada amb la malaltia que va dur al pacient a l'hospital, però que apareix com a conseqüència de la seva estada en el centre hospitalari.

Morbiditat: conjunt de complicacions derivades d'un procediment mèdic. Poden ser efectes secundaris o complicacions de procediments tècnics (diagnòstics o terapèutics).

Mortalitat: nombre total referit al total d'habitants. En el cas d'una malaltia, és el nombre de morts que ha produït.

Peritonitis fecaloide: inflamació del peritoneu que es produeix per la sortida de contingut fecal a la cavitat peritoneal (per perforació de l'intestí prim o del gruixut o per una dehiscència d'una sutura intestinal).

Benjamín Oller Sales

Departament de Cirurgia

Universitat Autònoma de Barcelona Hospital Germans Trias i Pujol

"Colorectal surgery: single preoperative dose of antibiotics versus prolonged therapy after surgery", B. Oller Sales, J. Troya Díaz, MA Pacha González, Medicina Clínica (Barcelona). 2007 Jun 23;129(4):137-9